



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Obstetricia

Características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – 2019

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Andreina Rosita CAPUÑAY MARCELO

ASESOR

Isabel ALFONZO FLORES

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Capuñay M. Características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – 2019 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2019.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid de la autor:

Código Orcid de la asesora: 0000 - 0002 - 9269 – 2520

DNI de la autora: 47836234

Grupo de investigación: No corresponde

Institución que financia parcial o totalmente la investigación: Autofinanciada

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación: 12°O2'59.1"S
77°O2'31.0"W

Año que la investigación abarcó: 2019



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Medicina



Escuela Profesional de Obstetricia
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN OBSTETRICIA

El jurado designado para evaluar la Sustentación de Tesis, de acuerdo a las "Normas para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Obstetricia en las Escuelas Profesionales de la Facultad de Medicina", de:

BACHILLER: CAPUÑAY MARCELO ANDREINA ROSITA

CUYO TÍTULO ES: CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO EN GESTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME-2019. Reunidos en la fecha, después de la sustentación y resolución de preguntas por el Tesista, acordó el siguiente calificativo:


BUENO


DIECISEIS

16


MG. CLARA MARGARITA DÍAZ TINOCO
C.O.P. 3345
PRESIDENTE


DRA. MILENA LOPEZ SANCHEZ
C.O.P. 1052
MIEMBRO


MG. GIOVANNA GLADYS PANTE SALAS
C.O.P. 6426
MIEMBRO


LIC. ISABEL ALFONZO FLORES
C.O.P. 0283
ASESOR (A)


MG. CLARA DÍAZ TINOCO
DIRECTORA
E.P. DE OBSTETRICIA

Lima, 22 de julio del 2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco este logro en primer lugar a Dios por sostenerme y ayudarme en cada paso. A mi familia por ser mi apoyo a largo de todo el trayecto, por ser mi motor y motivo más fuerte.

A mi hermosa sobrina que con su luz alegra cada día.

A mis maestros por brindarme muchos conocimientos.

A mi casa de estudios, San Marcos, por haberme abierto las puertas todos estos años de mi carrera.

A todas aquellas personas que me brindaron su apoyo para que pueda realizar mi tesis, desde mis amigos y personas especiales que quiero mucho hasta los que aceptaron participar en este estudio y me facilitaron poder hacerlo.

DEDICATORIA

A mi madre, Aydee Marcelo Ascencio, quien es mi ejemplo a seguir.

A mi padre, Jose Capuñay Diez, por su esfuerzo y cariño.

A mis hermanas Tania y Estrellita, por su apoyo incondicional.

A todos mis familiares y amigos por su confianza.

INDICE

| | |
|------------------------------------|----|
| RESUMEN..... | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| I. INTRODUCCION..... | 7 |
| II. MATERIALES Y METODOS | 16 |
| III. RESULTADOS | 20 |
| IV. DISCUSION | 26 |
| V. CONCLUSIONES..... | 30 |
| VI. RECOMENDACIONES | 31 |
| VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA..... | 32 |
| ANEXOS..... | 35 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé - 2019.

Metodología: Estudio observacional, de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal. En este estudio participaron 216 gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé del servicio de centro obstétrico durante marzo y abril del 2019. Se aplicó una lista de cotejo mediante la técnica de la observación.

Resultados: En el estudio se presentó que durante el periodo de dilatación el 99,5% de las gestantes no estuvieron acompañadas, el 87,5% de las gestantes se les mantuvo informado en todo momento de los procedimientos que se realizaban. Durante el periodo expulsivo el 84,7% no estuvieron acompañadas, el 87% de gestantes no tuvieron la decisión de elegir su posición para el parto, el 92,6% de las gestantes tuvieron contacto precoz piel a piel inmediatamente después del parto y a 91,2% se le realizó el clampaje tardío del cordón umbilical. Durante el periodo de alumbramiento el 85,7% de las gestantes no estuvieron acompañadas y el 87% estuvo acompañada de su recién nacido hasta el final de este periodo.

Conclusión: Se concluye que en su mayoría las gestantes no están acompañadas durante su trabajo de parto, que solo un pequeño porcentaje recibe analgesia de parto cuando lo solicita y que en su mayoría siempre están informadas de los procedimientos que se les realiza.

Palabras claves: características, parto humanizado, primigesta, trabajo de parto.

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of humanized delivery care in pregnant women of the Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome - 2019.

Methodology: Observational, descriptive, prospective and cross-sectional study. In this study, 216 pregnant women from the Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolome participated in the obstetric center service during March and April 2019. A checklist was applied using the observation technique.

Results: The study showed that during the period of dilatation, 99.5% of pregnant women were not accompanied, 87.5% of pregnant women were kept informed at all times of the procedures that were performed. During the expulsive period, 84.7 were not accompanied, 87% of pregnant women did not have free choice of position for delivery, 92.6% of pregnant women had early skin-to-skin contact immediately after delivery and 91.2% the late clamping of the umbilical cord was performed. During the delivery period, 85.7% of the pregnant women were not accompanied and 87% were accompanied by their newborn until the end of this period.

Conclusions: It is concluded that most pregnant women are not accompanied during their labor, that only a small percentage receives labor analgesia when requested and that most of them are always informed of the procedures performed.

Keywords: characteristics, humanizing delivery, primigesta, work delivery.

I. INTRODUCCION

El parto es la salida fuera del útero del feto de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso más los anexos¹, es así también una experiencia única e inigualable en cada mujer, en tal sentido, su humanización en la atención es importante, puesto que busca que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer no sean vulnerados, a través de la colaboración activa de la madre en la toma de decisiones seguras e informadas sin dejar de lado la aportación científica en el momento que lo necesite por parte del profesional de salud².

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1985, con la aclaración “El nacimiento no es una enfermedad”, inicia el proceso de transformación del modelo de atención del parto y da a conocer recomendaciones, las cuales se basan en el menor intervencionismo durante el proceso de dar a luz y que estos solo se den cuando la madre o el niño por nacer lo necesiten por estar en riesgo de presentar algún daño³.

Así mismo es preciso resaltar que en el mundo, 24% de los partos no es atendido por un personal calificado, lo cual no contribuye con la mejora de la atención de esta etapa⁴. En Perú, la realidad no es ajena al contexto mundial, por ello en el 2015 se autoriza el proyecto de “Ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante y el recién nacido” que busca cumplir con las recomendaciones de la OMS y es así que establece que la atención del parto se dé lo más natural y fisiológico posible respetando a cada mujer y su entorno familiar así como al niño que está por nacer, dejando de lado procedimientos que no sean necesarios⁵. Puesto que aún el 13% de partos no es atendido por personal calificado se busca humanizar el acto de dar a luz, hacerlo más íntimo y natural sin renunciar a la positiva aportación científica⁴.

Por otro lado, es una realidad las diversas iniciativas por humanizar el parto en diversos hospitales, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé se observa que la mayor parte de la atención de partos no se da por profesionales obstetras, además

no se cuentan con ambientes adecuados; existe solo un ambiente de dilatación donde se reciben a todas las gestantes y no hay facilidad para que puedan estar acompañadas es así que surge la necesidad de fomentar una atención de parto humanizado en la que la madre elija la posición, con una persona de confianza para ella y que le permita un manejo del dolor, con menos procedimientos intervencionistas, ya que se ha visto que no se brinda las características y el ambiente de una atención humanizada del parto. Por ello es indispensable conocer las características del parto humanizado que se vienen trabajando en el Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé y poder fortalecer los que aún no se toman en cuenta del todo.

Al respecto, existen diversos estudios que muestran la realidad acerca del parto humanizado en diversos países:

Jiménez G. y Peña Y. en el 2018, en Colombia se observó que al 16,8% de pacientes se le realizó episiotomía rutinaria y no se les permitió acompañante durante la atención al 85,9%. Por tanto se llega a concluir que aún falta eliminar barreras para el acompañamiento continuo y considerar el uso pertinente de la episiotomía⁶.

Santos L. y Tonato V. en 2017, en Ecuador demostraron en su estudio la pérdida del protagonismo de las mujeres gestantes ya que aceptaron las reglas institucionales, transformándose el parto en un “acto médico” dejando de lado aspectos esenciales como el derecho a elegir la posición de parto, tener acompañamiento, también se evidenció una atención médico intervencionista ante la práctica del parto culturalmente adecuado, sumándose a ello, la relación médico – paciente, caracterizado por componentes formativos y actitudinales de supremacía y subordinación de la sociedad moderna caracterizado por la supremacía de la ciencia sobre lo empírico⁷.

Cochancela X. y Paucar M. en 2016, en Ecuador encontraron en su estudio en cuanto al cumplimiento de normas del parto humanizado que el 7,7% tuvo acompañante, al 58% le permitieron elegir la posición de parto, al 67,7% se le explicaron alternativas

para el manejo del dolor. Se llegó a la conclusión que la mayoría de las características del parto humanizado se cumplieron².

Lara W. en el 2015, en Argentina a través de su trabajo evidenció que la mayoría de los profesionales tuvieron conocimiento sobre la ley. El derecho a la información no fue tan resaltado, mientras que el acompañamiento de la gestante tuvo un peso muy fuerte en muchas interpretaciones. El panorama de los profesionales parece relacionarse con el ambiente en el que trabajan⁸.

Martínez J. y Delgado M. en 2013, en España obtuvo que el 18,11% de los partos acabaron en cesárea. Se suministró analgesia epidural a 81,70% de las mujeres, el 74,95% se estableció el contacto temprano piel con piel. Se concluye que el nuevo modelo de atención cuenta con la satisfacción de las usuarias, menor tasa de cesáreas y la implementación de prácticas clínicas recomendadas⁹.

Alama C. y Morán M. en el 2018, en Perú encontró que al 70% siempre se le explico los procedimientos, al 74,3% nunca se le permitió estar acompañada, al 98,6% nunca se les enseñó las diferentes posturas para dar a luz, al 61,4% se le permitió la ingesta de alimentos, el 97,1% tuvo contacto inmediato con su recién nacido, y al 28,6% de las pacientes nunca se les enseñó que existían técnicas para la conducción del dolor¹⁰.

Cajahuaman L. en el 2018, en Perú 57% de mujeres entrevistadas manifestaron que se les dio la oportunidad de elegir la posición en el momento del parto y solamente un 23% recibió información de los procedimientos a realizarse por parte del establecimiento de salud, por ello aun estas mujeres prefieren dar a luz con parteras¹¹.

Vela G. en el 2015 en Perú encontró en su investigación que en su dimensión trato profesional el 80% de las pacientes se les explico los procedimientos a realizar, en la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes indicaron que nunca se les dijo que podían escoger la posición de su parto al 75%, en la dimensión acompañamiento, al 73% le mencionaron la decisión de tener un acompañante en su

parto. En su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre notó que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto¹².

Además, conocer algunos aspectos teóricos resulta fundamental. Dicho esto, es necesario hacer mención que el parto comprende tres periodos: dilatación, expulsivo y puerperio. En cada uno de ellos es vital la participación centrada en la mujer permitiendo que se desarrolle de manera fisiológica y fomentando el respeto del profesional y la gestante.

Las características del parto humanizado se representan a través de las recomendaciones de la OMS las cuales mencionaremos a continuación:

El aspecto emocional es fundamental en el proceso de trabajo de parto, uno de las características al hablar de parto humanizado menciona al apoyo emocional como parte del concepto de este, también se muestra diversos beneficios que trae el acompañante a la gestante y más aún si este es el padre ya que se crea muy tempranamente el vínculo paterno filial. El acompañamiento de la mujer y el alivio de la crisis de desarrollo familiar que implican el embarazo y el parto se enlazan con la mejora del vínculo paterno filial, aportando a que la nueva dinámica familiar se adopte con menos obstáculos. Los futuros padres se incorporan cada vez más a este proceso de manera conjunta desde el embarazo¹³. Se menciona también que el apoyo en todo momento durante el proceso de trabajo de parto reduce el tiempo del periodo expulsivo, ayuda al manejo del dolor, disminuye la ansiedad y mejora la satisfacción de la gestante¹⁴.

La libre elección de posición debe ser permitida a la gestante, no obstante hoy en día la posición clásica para el parto es la de litotomía, ya que el profesional de la salud asumió esta posición por la comodidad que le proporciona para evaluar el proceso, debido a ello muchas mujeres se niegan a asistir a los centros hospitalarios y dan a luz en sus casas es por ello que en el 2016 se aprobó la “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” y así poder contribuir a una disminución de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, y

que los partos en posición vertical se den también en nuestras instituciones, teniendo en cuenta las evidencias científicas y la cultura en todas las gestantes a nivel nacional tanto en el ámbito urbano, urbano marginal y rural¹⁵. La evidencia menciona que el parto en posición vertical trae mayores beneficios pues sigue una postura fisiológica también la postura vertical acorta el segundo periodo de trabajo de parto¹⁶.

Se recomienda la libertad de movimiento en el ámbito del parto humanizado porque busca que sea un proceso fisiológico, existe poca evidencia sobre si la posición o la restricción de movimiento realmente favorecen en los resultados como la comodidad, el progreso del trabajo de parto y el bienestar fetal. Hay una falta de pruebas que demuestre que la movilización o cualquier otra posición en la primera etapa del parto afecta a los resultados¹⁷. Pero se llega a concluir que la mejor postura es aquella que la mujer desee adoptar, eso asociado a que también brinda mayor seguridad y confianza con el personal ya que toma en cuenta sus decisiones¹⁸.

El dolor en el parto es algo que inquieta a la gran parte de gestantes, el miedo al parto está muy presente en nuestra sociedad. La fuente del dolor en el parto no es solo física, sino también está mediado por la cultura y la educación. El alivio del dolor durante el parto amplifica el bienestar físico y emocional de la gestante. La analgesia epidural en la actualidad es la técnica más usada para el alivio del dolor durante el parto, también existen una serie de técnicas no farmacológicas como alternativas al alivio del dolor¹⁸; como la psicoprofilaxis que ayuda en la parte emocional y a su vez esto genera menos estrés y ansiedad¹⁹, también están los baños calientes, masajes brindados por parte del acompañante y técnicas de relajación y respiración^{7, 19}.

Como parte de un parto humanizado también podremos ofrecer una relación de empatía con la paciente ya que esto le brindaría confianza a la gestante es por ello que debe existir una relación que incluya comunicación efectiva con ella y su familia. En algunos estudios se ha relatado en la relación profesional - paciente que muchas pacientes han recibido una serie de maltratos como el no ser escuchadas, no respetadas en cuanto a la toma de decisiones e inclusive con palabras ofensivas, todo

esto incrementa la angustia en la mujer y genera ansiedad. Estudios comprueban que un mejor trato profesional ayuda a que la mujer entre en confianza con el profesional y mejore la actitud de colaboración; por otro lado ayuda a disminuir el dolor lo que hace que la mujer quede más satisfecha y en parte contribuye a un parto humanizado^{7, 20}.

Debe haber una búsqueda de respeto hacia las opiniones, valores y creencias de la mujer, su pareja y su familia en relación a su cuidado esto incluye su vestimenta, comida y destino de la placenta así también todo lo relacionado con su bebé. Las mujeres deben participar y tener la capacidad de tomar decisiones informadas acerca de cómo será el parto y nacimiento de su bebe y así su atención se adapté a sus necesidades. Muchas mujeres rechazan algunos procedimientos debido a malas experiencias que han tenido en el pasado¹⁷.

El tacto vaginal; procedimiento que se da a lo largo de la exploración física de la paciente que llega a la institución al momento del parto y que sirve para determinar el grado de dilatación en el que se encuentra la madre, se recomienda que se deba realizar de manera aséptica y se aconseja realizar un tacto cada 4 horas para determinar un trabajo de parto prolongado en fase activa²¹.

Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical, ósea entre 1 y 3 minutos después del parto ya que se consigue mantener el flujo sanguíneo entre la placenta y el recién nacido, y eso puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida²².

Hay procedimientos que se consideran en algunos casos como innecesarios, que la OMS menciona que se deben realizar lo menos posible; tales como:

La episiotomía que no se debe realizar de rutina ya que se debería buscar proteger el periné en la medida que sea posible³, en un principio este proceso se implanto como de mayor beneficio para la madre porque disminuía el tiempo del expulsivo, evitaba problemas de asfixia fetal, entre otros, con el uso rutinario de la misma se empezó a

cuestionar si en verdad era un factor de ayuda o de riesgo para la mujer²³ ya que en el periodo posparto podría traer repercusiones en la madre pues estudios mencionan que una episiotomía sistemática aumentaba el riesgo en cuanto a traumatismo perineal así también aumenta de 4 a 6 veces la incontinencia fecal y flatulenta también señalaron que tener una episiotomía en un primer parto el riesgo es 5 veces mayor de sufrir laceraciones de II grado o mayores en el próximo parto²⁴.

La inducción de parto que solo debe aplicarse en casos de que la madre o el bebé estén en riesgo si se continua con el embarazo y siempre y cuando la mejor vía de culminación sea la vaginal²⁵; así también no está justificado el realizar una rotura artificial de membranas precoz³.

Todo esto llega a plantear la idea de lo importante que es una atención humanizada durante el trabajo de parto, en tal sentido es necesario plantear las siguientes interrogantes de investigación:

Problema General:

¿Cuáles son las características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – 2019?

Problemas específicos:

¿Cuáles son las características de la atención del parto humanizado en el periodo de dilatación?

¿Cuáles son las características de la atención del parto humanizado en el periodo expulsivo?

¿Cuáles son las características de la atención del parto humanizado en el periodo de alumbramiento?

Definición de términos:

Ansiedad: Es una reacción natural ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes²⁶.

Característica: Cualidad que se atribuye y sirve para distinguir un concepto de sus semejantes²⁷.

Características sociales: Cualidad que pertenece a un conjunto de individuos que viven en un mismo lugar²⁸.

Características demográficas: Cualidad que corresponden al perfil de la población que habita en un lugar particular; comprende estructura, aspectos culturales y sociales; ritmo de crecimiento y movilidad²⁸.

Episiotomía: Procedimiento que consiste en cortar el periné y que se realiza cuando la cabeza se asome durante una contracción hasta un diámetro de 4cm²⁴.

Estrés: Es la reacción del cuerpo ante la presencia real de un estímulo²⁹.

Dolor en el parto: Es una experiencia universal ocasionada por las contracciones del útero y en cierta medida por la presión que ejerce el bebé sobre el cuello del útero, también se ha observado que el dolor vinculado al parto afecta en mayor o menor grado a todas las mujeres y se asocia con modificaciones bioquímicas y fisiológicas de la madre y el feto, que interactúan interfiriendo con la evolución normal del trabajo de parto³⁰.

Inducción de parto: Proceso que consiste en generar contracciones uterinas artificiales antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, generalmente cuando el cuello uterino no está borrado se inicia con una maduración cervical³¹.

Parto: Proceso en el cual se tiene como fin la expulsión del feto y sus anexos²³.

Periné: Conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis menor, comprendida entre el ano y los órganos genitales³².

Posición de litotomía: Paciente echado boca arriba, muslos flexionados sobre el abdomen y piernas sobre los muslos en ligera abducción y las rodillas en mayor abducción, las piernas se mantienen suspendidas en estribos³³.

Posición vertical: Gestante parada, sentada, de rodillas o de cuclillas¹⁵.

Primigesta: Mujer embarazada por primera vez²⁴.

Psicoprofilaxis: Conjunto de actividades, métodos y técnicas, destinadas a brindar preparación a la gestante, durante todo el proceso de embarazo, parto y puerperio, con participación activa del acompañante y familia¹⁹.

Trabajo de parto: Conjunto de contracciones rítmicas y regulares que producen que el cuello uterino dilate y el feto descienda por el canal del parto²⁴.

Objetivos

Objetivo general

Establecer las características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre niño San Bartolomé - 2019.

Objetivos específicos

Describir las características de la atención del parto humanizado en el periodo de dilatación.

Identificar las características de la atención del parto humanizado en el periodo expulsivo.

Conocer las características de la atención del parto humanizado en el periodo de alumbramiento.

II. MATERIALES Y METODOS

Diseño y tipo de estudio

Fue un estudio observacional, de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el servicio de centro obstétrico del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé el cual es de nivel IV, que está ubicado en la av. Alfonso Ugarte 825 – Cercado de Lima.

Población

Fueron 492 gestantes atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo abril a mayo del 2019, que correspondió al promedio de atenciones de dos meses.

Unidad de análisis

Gestante atendida en el Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante abril y de mayo del 2019.

Muestra

Tamaño de muestra

Para estimar el tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

| | |
|-----------------------------------|------|
| N: Número total de la población | 492 |
| Z: Nivel de confianza | 1,96 |
| p: proporción esperada | 0,5 |
| q: Proporción no esperada (1 – p) | 0,5 |

d: Error de muestreo

0,05

Reemplazando valores.

$$n = \frac{492 \times (1,96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{((0,05)^2 \times 491) + ((1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5)}$$

$$n = 215,96$$

Por lo tanto el tamaño de muestra fue de 216 gestantes atendidas en el servicio e centro obstétrico y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Gestante mayor de 19 años.
- Gestante cuya vía de culminación de parto fue vaginal.
- Gestante con edad gestacional entre 37 y 41 semanas.
- Gestante que ingresó a centro obstétrico en fase activa.

Criterios de exclusión

- Gestante que presentó alteración del estado de conciencia.
- Gestante que tuvo diagnóstico de embarazo múltiple.
- Gestante que no aceptó participar en el estudio
- Gestante cuyo recién nacido tuvo un puntaje apgar patológico.

Variables

Variable 1: Características de la atención del parto humanizado

Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La técnica que se usó fue la observación y las fuentes de observación primaria, que fueron las gestantes que ingresaron a centro obstétrico y cumplieron con los criterios de selección.

Respecto al instrumento, se aplicó una lista de cotejo elaborada de acuerdo a los objetivos planteados, estuvo conformada por ítems con opciones de respuesta politómica y dicotómica, según la sección del instrumento.

Secciones

| | |
|---------------------------------------------------------|------------|
| Sección I: Características sociodemográficas | (4 ítems) |
| Sección II: Características obstétricas | (3 ítems) |
| Sección III: Características del periodo de dilatación | (12 ítems) |
| Sección IV: Características del periodo expulsivo | (8 ítems) |
| Sección V: Características del periodo de alumbramiento | (5 ítems) |

Validez del instrumento

El contenido del instrumento fue validado por 4 jueces expertos quienes evaluaron los ítems en función a los criterios de relevancia, pertinencia y claridad. Además, dieron su opinión favorable de la aplicabilidad del mismo, estimándose un índice de acuerdo de 0,92 lo que reflejo un excelente nivel de concordancia. Así mismo se realizó una prueba piloto a 30 gestantes en la que se obtuvo un coeficiente de Kuder Richardson de 0,77.

La investigación fue aprobada por el comité de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia. Con la resolución respectiva se acudió a la oficina de docencia e investigación del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé para presentar el proyecto de investigación, con la aprobación debidamente documentada se procedió a coordinar con el Jefe de Servicio de Obstetricia del Hospital y con la Obstetra responsable del servicio en mención, para la aplicación del instrumento. Luego de los procesos administrativos para la aprobación de la investigación se acudió a centro obstétrico para identificar e invitar a las gestantes que cumplieron con los criterios de selección a participar del estudio. A aquellas que aceptaron se les brindó el consentimiento informado para su firma que expresó su decisión de participación voluntaria. A continuación se dio inicio a la observación de la atención de todas las etapas del trabajo de parto a fin de realizar el debido llenado de las lista de cotejo, culminada esta etapa se verifico la totalidad ítems registrados y se digitó la información

en el programa estadístico IBM SPSS versión 25. Para el procesamiento de información de las variables se estimaron frecuencias absolutas y relativas que fueron distribuidas en tablas univariadas.

Aspectos éticos

La investigación en todas sus etapas estuvo sustentada por los principios de la ética en investigaciones en salud, los cuales son detallados en el informe de Belmont y son los siguientes: El principio de beneficencia, se respetó porque los resultados van a contribuir a mejorar la humanización de la atención del parto; principio de no maleficencia, porque no hubo ninguna repercusión en la salud física ni mental en las gestantes que participaron; principio de justicia, puesto que sus datos fueron estrictamente confidenciales y los resultados solo fueron utilizados para los fines del estudio; y principio de autonomía, ya que se respetó la decisión voluntaria de participación de las gestantes, lo que se reflejó en la firma del consentimiento informado.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | n | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Edad | | |
| 20 a 34 años | 186 | 86,1 |
| 35 a 40 años | 26 | 12,0 |
| 41 a más años | 4 | 1,9 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 24 | 11,1 |
| Casada | 28 | 13,0 |
| Conviviente | 164 | 75,9 |
| Viuda | 0 | 0 |
| Grado de instrucción | | |
| Sin grado de instrucción | 0 | |
| Primaria | 10 | 4,6 |
| Secundaria | 110 | 50,9 |
| Superior Técnico | 51 | 23,7 |
| Superior universitario | 45 | 20,8 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 134 | 62,0 |
| Estudiante | 0 | 0 |
| Trabajadora independiente | 30 | 13,9 |
| Trabajadora dependiente | 52 | 24,1 |
| Total | 216 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 1 se observa que 86,1% de las gestantes tuvieron una edad entre 20 y 34 años; referente al estado civil, 75,9% era conviviente y 11,1% era soltera; respecto al grado de instrucción, 50,9% estudió hasta secundaria y 4,6% lo hizo hasta primaria; por último, 62% era ama de casa y 13,9% era trabajadora independiente.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | n | % |
|---------------------------|------------|------------|
| Edad gestacional | | |
| 37 a 39 semanas | 148 | 68,5 |
| 40 a 41 semanas | 68 | 31,5 |
| Gravidez | | |
| Primigesta | 84 | 38,9 |
| Multigesta | 132 | 61,1 |
| Cesareada anterior | | |
| Si | 28 | 13,0 |
| No | 188 | 87,0 |
| Total | 216 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se observa que 68,5% de las gestantes tuvo una edad gestacional entre 37 y 39 semanas al momento del parto; además, 61,1% era multigesta ;mientras que, 38,9% era primigesta; por último, 13% era cesareada anterior y 87% no lo era.

Tabla 3.1. Características de la atención del periodo de dilatación del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | Si | | No | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|
| | n | % | n | % |
| Se permite que un familiar acompañante elegido por la gestante tenga libre acceso. | 1 | 0,5 | 215 | 99,5 |
| Se permite siempre la libertad de movimiento y el cambio de posición cuando sea deseado por la gestante | 153 | 70,9 | 63 | 29,1 |
| Se permite beber líquidos siempre que la gestante lo desee. | 188 | 87,0 | 28 | 13,0 |
| Se permite ingerir alimentos de dieta blanda siempre que la gestante lo desee | 135 | 62,5 | 81 | 37,5 |
| Se mantiene informada en todo momento de manera clara y comprensible de los procedimientos a realizar. | 189 | 87,5 | 27 | 12,5 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa que 99,5% no estuvieron acompañadas durante la dilatación del trabajo de parto, a 70,9% se le permitió siempre la libertad de movimiento y cambio de posición, 87,5% de las gestantes estuvo informada en todo momento de los procedimientos que se realizaban, y a 87% se le permitió beber líquidos.

Tabla 3.2. Características de la atención del periodo de dilatación del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | Si | | No | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Se pide permiso antes de realizar todas las exploraciones vaginales. | 163 | 75,5 | 53 | 24,5 |
| Se brinda métodos alternativos para el alivio del dolor de las contracciones. | 154 | 71,3 | 62 | 28,7 |
| Se realiza rotura de la bolsa amniótica de rutina. | 46 | 21,3 | 170 | 78,7 |
| Se administra oxitocina intravenosa en caso de necesidad. | 96 | 44,4 | 120 | 55,6 |
| Se realiza la inducción del parto porque es imprescindible. | 39 | 18,1 | 177 | 81,9 |
| Solo se realiza las exploraciones vaginales mínimas (como máximo 4) e imprescindibles. | 111 | 51,4 | 105 | 48,6 |
| Se administra analgesia epidural cuando la madre lo solicite. | 62 | 28,7 | 154 | 71,3 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa que a 75,5% se les solicitó permiso antes de realizarse las exploraciones vaginales, a 81,9% no se le realizó inducción del parto porque fue imprescindible, a 78,7% no se le realizó de rutina la rotura de la bolsa amniótica; además a 71,3% no se le administró analgesia epidural cuando lo solicito y a 51,4% se le realizo las exploraciones vaginales mínimos e imprescindibles.

Tabla 4. Características de la atención del periodo expulsivo del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | Si | | No | |
|-----------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| El acompañante elegido por la gestante estuvo presente. | 33 | 15,3 | 183 | 84,7 |
| Se permite elegir a la gestante la posición para dar a luz. | 28 | 13,0 | 188 | 87,0 |
| La paciente puja de manera libre y espontánea. | 194 | 89,8 | 22 | 10,2 |
| Se practicó a la gestante la maniobra de Kristeller. | 25 | 11,6 | 191 | 88,4 |
| Se informa que se va a realizar la episiotomía. | 40 | 18,5 | 176 | 81,5 |
| Se realiza la episiotomía de manera rutinaria. | 41 | 19,0 | 175 | 81,0 |
| Se realiza el contacto piel a piel inmediatamente tras el parto | 200 | 92,6 | 16 | 7,4 |
| Se realiza clampaje tardío del cordón umbilical. | 197 | 91,2 | 19 | 8,8 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que a 87% de las gestantes no les permitieron elegir la posición para dar a luz, a 88,4% no se le practicó la maniobra de Kristeller y 84,7% no estuvo acompañada en el periodo expulsivo; por otro lado, 89,8% de las gestantes pujaron de forma libre y espontánea, 92,6% tuvo contacto precoz piel a piel inmediatamente después del parto y a 91,2% se le realizó el clampaje tardío del cordón umbilical.

Tabla 5. Características de la atención del periodo de alumbramiento del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | Si | | No | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Estuvo presente el acompañante hasta el final de este periodo. | 31 | 14,3 | 185 | 85,7 |
| Se mencionó a la gestante que se le coloca oxitocina para el manejo activo. | 14 | 6,5 | 202 | 93,5 |
| Se explicó a la gestante en qué consistía el alumbramiento. | 168 | 77,8 | 48 | 22,2 |
| Siempre se le informa a la gestante de los procedimientos que se realizan. | 160 | 74,1 | 56 | 25,9 |
| El recién nacido permanece con la madre hasta el final de este periodo. | 188 | 87,0 | 28 | 13,0 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 se observa que a 93,5% de las gestantes no les mencionaron la administración de la oxitocina para el manejo activo, 85,7% no estuvo acompañada hasta el final del alumbramiento; además, a 77,8% se le explicó en qué consistía el alumbramiento, 25,9% no fue informada sobre los procedimientos que le realizaban y 87% estuvo acompañada de su recién nacido hasta el final del alumbramiento.

Tabla 6. Persona que atendió el parto de las gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019

| | n | % |
|------------------------|------------|------------|
| Interno de medicina | 28 | 13,0 |
| Interno de obstetricia | 0 | 0 |
| Médico residente | 187 | 86,5 |
| Médico asistente | 1 | 0,5 |
| Total | 216 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa que 86,5% de las gestantes fueron atendidas por el médico residente, 13% fue atendida por internos de medicina y 0,5% por un médico asistente.

IV. DISCUSION

Es importante conocer el concepto de parto humanizado, según Biurrun A. “es un término polisémico en el que se tiene 3 puntos básicos que son, primero transformar a la mujer en el centro de la atención, proporcionarle apoyo emocional y otorgar atención de calidad con base científica”²⁴.

En el estudio se presentó que el 99,5% de las gestantes no estuvieron acompañadas durante el periodo de dilatación, el 84,7 y 85,7% no estuvo acompañada durante el periodo expulsivo ni el alumbramiento, respectivamente; lo cual es semejante al estudio realizado por Cochancela X. y Paucar M.² que muestra donde 7,7% tuvo acompañante, algo semejante encontraron Alama C. y Morán M.¹⁰ ya que a un 74,3% nunca se le permitió estar acompañada, así mismo Lara Kaplan llega a la conclusión que un punto fuerte y conocido por el personal es el acompañamiento en el parto lo cual no se refleja en los resultados hallados pues a pesar de afirmar ello se puede observar que solo un grupo reducido de gestantes logro estar acompañada, estos datos demuestran que aún existen barreras que impiden que se le permita a la gestante estar acompañada, en el caso del estudio se encontró que la infraestructura no permite un acompañamiento durante el periodo de dilatación; mientras que, en los demás periodos del trabajo de parto se observó el rechazo a cumplir con este derecho por parte del personal de salud.

En relación a si se brinda la información necesaria durante los periodos del trabajo de parto se encontró que en el periodo de dilatación se mantiene informada en todo momento de manera clara y comprensible de los procedimientos a realizar al 87,5% de gestantes, en el periodo de alumbramiento al 77,8% se le explicó a la gestante en qué consistía esta etapa y al 74,1% siempre se le informó de los procedimientos que se le realizaron, estos datos concuerdan con Vela G.⁷ pues en su estudio menciona que al 80% de las pacientes se les explicó los procedimientos a realizar así también Alama C. y Morán M.¹⁰ encontraron que al 70% siempre se le explico los procedimientos, por otro lado el estudio de Cajahuaman L.¹² encontró que solamente un 23% recibió información de los procedimientos a realizarse por parte del establecimiento, en su mayoría se

encontraron buenos resultados, esto facilita una interacción del personal de salud y la gestante, generando confianza y permitiendo la colaboración de la misma.

En el estudio también se encontró que al 71,3% se le brindó métodos alternativos para el alivio del dolor de las contracciones esto muy semejante a los datos encontrados por Cochancela X. y Paucar M.² pues al 67,7% se le explicaron alternativas para el manejo del dolor así también Alama menciona que al 71,4% de las pacientes se les explicó que existían técnicas para el manejo del dolor, mientras esto no concuerda con lo que encontró Vela G.⁷ pues en su dimensión manejo del dolor solo el 35% siempre notó que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En tal sentido resulta necesario crear un ambiente de empatía con la gestante y que más que entablando una relación a través de prácticas alternativas para el manejo del dolor, así también se demuestra respeto por ella.

También tenemos métodos alternativos farmacológicos para el manejo de dolor y el más usado actualmente es la analgesia epidural, en el estudio no se le administró al 71,3% cuando la madre lo solicitó, datos opuestos mencionó el estudio de Martínez J. y Delgado M.⁶ pues se aplicó analgesia epidural a 81,70% de las mujeres, esto refleja que se está trabajando un mayor porcentaje con métodos alternativos no farmacológicos, por otro lado también se pudo observar la falta de personal para la administración de este tipo de analgesia en el hospital.

El periodo de dilatación en algunos casos suele ser largo y un tanto agotador es por ello que la alimentación y la ingesta de líquidos es importante, en el estudio se observó que al 87% de gestantes se le permitió beber líquidos cada vez que la gestante lo deseó y al 62,5% siempre se les permitió ingerir alimentos de dieta blanda. En relación a esto, Alama C. y Morán M.¹⁰ menciona que al 61,4% se le permitió la ingesta de alimentos, este dato es semejante al del estudio y lo cual refleja la necesidad de mantener a la gestante con energías para los siguientes periodos del trabajo parto, siempre y cuando la gestante lo desee.

Con respecto a la posición para dar a luz el estudio observó que al 87% no se le permitió elegir la posición, datos similares se observaron en el estudio de Vela G.² donde las pacientes indicaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto al 75%, al igual Alama C. y Morán M.¹⁰ encontraron que al 98,6% nunca se les mostró las diferentes posturas para dar a luz, por otro lado esto no sería semejante a lo encontrado por Cajahuaman L.¹² que menciona que al 57% de mujeres entrevistadas manifestaron que se les dio la oportunidad de elegir la posición en el momento del parto e igualmente Cochancela X. y Paucar M.² mencionan que al 58% le permitieron elegir la posición de parto, con todo esto podemos observar que aún no se respeta la autonomía de la gestante para decidir cómo quiere dar a luz lo cual puede generar insatisfacción, se debe buscar respeto hacia las opiniones, valores y creencias de la mujer, poder participar y tener la capacidad de tomar decisiones informadas acerca de cómo será el parto y así su atención se adapté a sus necesidades.

En relación a la episiotomía se pudo observar que se realizó episiotomía de manera rutinaria al 19% esto en acuerdo con Jiménez G. y Peña Y.¹¹ y su estudio que observó que al 16,8% de pacientes se le realizó episiotomía rutinaria lo cual refleja el cumplimiento de lo recomendado por la OMS que menciona que se debe buscar proteger el periné siempre que sea posible para evitar menor riesgo de sufrir complicaciones.

Un aspecto importante es el contacto inmediato, en el estudio se encontró que el contacto piel a piel inmediatamente tras el parto se realizó en el 92,6% de gestantes y en un 87% el recién nacido permaneció con la madre hasta el final del alumbramiento no hay estudios que mencionen el tiempo que se quedó con la madre pero si muestran si se realizaron o no; es así que Alama observó que el 97,1% tuvo contacto inmediato con su recién nacido y Martínez J. y Delgado M.⁶ que en el 74,95% se dispuso el contacto temprano piel con piel los cuales reflejan que si se está cumpliendo y que el porcentaje que no lo consiguió pudo estar asociado por la presentación de algún tipo de patología, incidir el contacto inmediato es importante pues trae beneficios en una mejora del inicio de lactancia materna y genera el apego.

Santos L. y Tonato V.⁸ demostraron en su estudio la pérdida del protagonismo de las mujeres gestantes ya que aceptaron las reglas institucionales el derecho a elegir la posición de parto, tener acompañamiento, también se evidenció una atención médico intervencionista, esto concuerda con los datos obtenidos en el estudio que evidencia un porcentaje disminuido en el acompañamiento y la elección del posición para el parto, por otro lado con respecto al intervencionismo medico podemos observar en el estudio que al 78,7% no se le realizó rotura de la bolsa amniótica de rutina y al 88,4% no se le practicó la maniobra de Kristeller, esto refleja que solo se interviene en los momento necesarios y que se ha entendido las consecuencias poco favorables que podrían conseguirse con la práctica de la maniobra de Kristeller ya que hay mayor riesgo de sufrir desgarros de tercer y cuarto grado así como daños de fracturas óseas en él bebe.

V. CONCLUSIONES

En el periodo de dilatación podemos describir que el 99,5% de las gestantes no estuvieron acompañadas, 18,1% se le realizó inducción del parto porque fue imprescindible y a 78,7% no se le realizó de rutina la rotura de la bolsa amniótica; además, 87,5% de las gestantes estuvo informada en todo momento de los procedimientos que se realizaban, a 87% se le permitió beber líquidos y a 75,5% se les solicitó permiso antes de realizarse las exploraciones vaginales.

Durante el periodo expulsivo se identificó que el 87% de las gestantes no les permitieron elegir la posición para dar a luz, al 11,6% se le practicó la maniobra de Kristeller debido a la demora que se producía en este periodo y 84,7% no estuvo acompañada en el periodo expulsivo; por otro lado, 89,8% de las gestantes pujaron de forma libre y espontánea, 92,6% tuvo contacto precoz piel a piel inmediatamente después del parto y a 91,2% se le realizó el clampaje tardío del cordón umbilical.

En el periodo de alumbramiento se pudo conocer que al 93,5% de las gestantes no les mencionaron la administración de la oxitocina para el manejo activo, 85,7% no estuvo acompañada hasta el final del alumbramiento; además, solo al 77,8% se le explicó en qué consistía el alumbramiento, 25,9% no fue informada sobre los procedimientos que le realizaban y 87% estuvo acompañada de su recién nacido hasta el final del alumbramiento.

VI. RECOMENDACIONES

Al equipo de gestión del hospital, ejecutar la implementación de ambientes adecuados donde la gestante pueda sentirse segura y cómoda, y así permitir el ingreso del acompañante brindando una atención humanizada del parto.

Sensibilizar al personal de salud que atiende el parto a brindar métodos alternativos para el manejo del dolor, para poder cumplir con una atención humanizada y de calidad.

Capacitar al personal de salud en terapias alternativas para el manejo del dolor con lo cual se pueda crear un vínculo de confianza entre la gestante y el personal de salud a fin de proporcionar una mayor colaboración, haciendo de este momento una experiencia maravillosa.

Al profesional que realiza atención prenatal y psicoprofilaxis, brindar a la gestante información necesaria acerca de sus derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos, con el fin de empoderar a la gestante, pareja y familia, dando énfasis de los beneficios del acompañamiento en el parto.

Sensibilizar a todos los trabajadores del hospital a brindar un trato humanizado desde el ingreso hasta el alta de la gestante y su acompañante, generando un ambiente de confort y respeto.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
2. Cochancela X. y Paucar M. “Cumplimiento de normas de parto humanizado en pacientes de obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso 2016”. (Proyecto de investigación previa a la obtención del Título de médico). Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca; 2017.
3. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, “Tecnología apropiada para el parto”, en TheLancet, 1985, 2:436-437, traducción ACPAM.
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales; 2014.
5. Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la salud de la Mujer Gestante y el recién nacido. Dictamen de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Perú. 13-05-2015.
6. Jiménez G. y Peña Y. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud vol. 50(4), octubre-diciembre de 2018.
7. Santos L, Tonato V. Percepciones de los profesionales de salud sobre el parto culturalmente adecuado. Universidad de Cuenca. Ecuador 2017.
8. Lara W. El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. 2015.
9. Martínez J, Delgado M. “Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos”. Ginecol Obstet Mex 2013; 81:706-710.
10. Alama C. y Morán M. “Percepción del parto humanizado en las pacientes atendidas en el hospital regional de Tumbes. Marzo 2018”. Universidad Nacional de Tumbes; 2018.
11. Cajahuaman L. Factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en gestantes del centro de salud Huacar 2018. Universidad de Huánuco. Lima Perú; 2018.

12. Vela G. "Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015". (Tesis para obtener el título profesional de licenciada en Obstetricia). Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Ramírez H. y Rodríguez I. "Beneficios del acompañamiento a la mujer por parte de su pareja durante el embarazo, el parto y el puerperio en relación con el vínculo paternofilial". Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): e1-e6.
14. Lagos G. Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el centro materno infantil César López Silva - Villa el Salvador noviembre – diciembre 2015. (Tesis). Lima-Perú 2016.
15. "Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural". Ministerio de Salud. 21 de Julio del 2016.
16. Calvo O. Flores A., Morales V. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:1-10.
17. National collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendations. December 2014.
18. Pérez E. "Las diferentes posiciones maternas en el parto. 2015". Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1548>
19. Aguirre C. Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. 2012
20. García M. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 2017, 87-106 - ISSN: 1139-1219 – Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>

21. Norma para la prevención de endometritis puerperal, cuarta versión. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Octubre 2018.
22. Organización Mundial de la Salud. Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. 2013
23. Berzaín M., Camacho L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina. Rev Cient Cienc Med 2014; 17(2): 53-57.
24. Cunningham F, Leveno K, Bloom St, et al. Parto vaginal 24a ed. Williams Obstetricia. México; 2014. p536.
25. Aragón JP, Ávila MA, Beltrán J y col. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Ginecol Obstet Mex. 2017 mayo; 85(5):314-324.
26. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el tratamiento de las crisis de ansiedad en emergencia. 2014
27. Pérez J. y Gardey A. Publicado: 2011. Actualizado: 2014.
28. Instituto Nacional de estadística e informática. Perú: perfil sociodemográfico, 2017.
29. Regueiro A. Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Conceptos básicos: ¿que es el estrés y cómo nos afecta?
30. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. Universidad de Barcelona. Julio 2017.
31. Cunningham F, Leveno K, Bloom St, et al. Inducción y aumento del trabajo de parto. 24a ed. Williams Obstetricia. México; 2014. p523.
32. Cunningham F, Leveno K, Bloom St, et al. Anatomía materna 24ª ed. Williams Obstetricia. Mexico; 2014. p16.
33. Benito U. Complicaciones y prevención en las posiciones quirúrgicas más comunes. Primera edición: agosto 2016.

ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSION | INDICADORES | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | ITEMS | INSTRUMENTO DE MEDICION |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| CARACTERISTICAS DE LA ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO | Cualidades que se presentan durante la atención del trabajo de parto de acuerdo a las recomendaciones de la OMS. | Características que se observan durante el trabajo de parto en la que se toma como centro del proceso a la madre, padre y el niño, en la que el proceso de trabajo de parto y en la que los derechos reproductivos de la mujer se respetan. | Características de la atención del parto humanizado en el periodo de dilatación | Acompañamiento de la gestante. | Cualitativa | Nominal | 1. Se permite que un familiar acompañante elegido por la gestante tenga libre acceso. | Lista de cotejo |
| | | | | Libertad de movimiento y cambio de posición. | Cualitativa | Nominal | 2. Se permite siempre la libertad de movimiento y cambiar de posición cuando sea deseado por la gestante. | |
| | | | | Ingesta de líquidos. | Cualitativa | Nominal | 3. Se permite beber líquidos siempre que la gestante lo desee. | |
| | | | | Ingesta de alimentos. | Cualitativa | Nominal | 4. Se permite ingerir alimentos de dieta blanda siempre que la gestante lo desee | |
| | | | | Explicación de procedimientos | Cualitativa | Nominal | 5. Se mantiene | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | | | | | informada en todo momento de manera clara y comprensible de los procedimientos a realizar. | |
| | | | | Respeto por la paciente. | Cualitativa | Nominal | 6. Se pide permiso antes de realizar todas las exploraciones vaginales. | |
| | | | | Manejo del dolor. | Cualitativa | Nominal | 7. Se brinda métodos alternativos para el alivio del dolor de las contracciones. | |
| | | | | Rotura de la bolsa amniótica de rutina. | Cualitativa | Nominal | 8. Se realiza rotura de la bolsa amniótica de rutina. | |
| | | | | Administración de oxitocina | Cualitativa | Nominal | 9. Se administra oxitocina intravenosa en caso de necesidad. | |
| | | | | Inducción de trabajo de | Cualitativa | Nominal | 10. Se | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | | parto. | | | realiza la inducción del parto porque es imprescindible. | |
| | | | | Exploraciones vaginales | Cualitativa | Nominal | 11. Solo se realiza las exploraciones vaginales mínimas (como máximo 4) e imprescindibles. | |
| | | | | Analgesia epidural. | Cualitativa | Nominal | 12. Se administra analgesia epidural cuando la madre lo solicite. | |
| | | | Características de la atención del parto humanizado en el periodo expulsivo | Acompañamiento de la gestante. | Cualitativa | Nominal | 13. El acompañante elegido por la gestante estuvo presente. | |
| | | | | Posición para el parto. | Cualitativa | Nominal | 14. Se permite elegir a la gestante la posición para dar a luz. | |
| | | | | Pujo de la gestante | Cualitativa | Nominal | 15. La | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | | | | | paciente puja de manera libre y espontánea. | |
| | | | | Maniobra de Kristeller | Cualitativa | Nominal | 16. Se practicó a la gestante la maniobra de Kristeller. | |
| | | | | Episiotomía. | Cualitativa | Nominal | 17. Se informa que se va a realizar la episiotomía. 18. Se realiza la episiotomía de manera rutinaria. | |
| | | | | Contacto piel a piel. | Cualitativa | Nominal | 19. Se realiza el contacto piel a piel inmediatame nte tras el parto | |
| | | | | Clampaje tardío del cordón umbilical. | Cualitativa | Nominal | 20. Se realiza clampaje tardío del cordón umbilical. | |
| | | | Característic as de la atención del | Acompañamie nto de la gestante | Cualitativa | Nominal | 21. Estuvo presente el acompañant | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | | | parto humanizado en el periodo de alumbramiento | | | | e hasta el final de este periodo. | |
| | | | | Explicación de procedimientos | Cualitativa | Nominal | 22. Se mencionó a la gestante que se le coloca oxitocina para el manejo activo. 23. Se explicó a la gestante en que consistía el alumbramiento. 24. Siempre se le informa a la gestante de los procedimientos que se realizan. | |
| | | | | Permanencia del recién nacido. | Cualitativa | Nominal | 25. El recién nacido permanece con la madre hasta el final de este periodo. | |

ANEXO N°2: Juicio de expertos

Estimada:

Teniendo en base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se le adjunta.

Marque con un aspa (X) EN SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI (1) | NO (0) | OBSERVACIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------------------------------------|
| 1- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | X | | |
| 2- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | X | | |
| 3- La estructura del instrumento es adecuada | X | | |
| 4- Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de las variables | X | | |
| 5- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | X | | |
| 6- Los ítems son claros y entendibles | | X | explicar el tipo de dieta. Sugiero dar. |
| 7- El número de ítems es adecuado para su aplicación | X | | |

Sugerencias: *el ambiente y el profesional también debe tener características importantes para el parto humanizado*


FIRMA DEL EXPERTO
Obst. Mary Guaylupo.

Estimada:

Teniendo en base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se le adjunta.

Marque con un aspa (X) EN SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI (1) | NO (0) | OBSERVACIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|------------------------|
| 1- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | ✓ | | |
| 3- La estructura del instrumento es adecuada | ✓ | | |
| 4- Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de las variables | ✓ | | |
| 5- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | ✓ | | |
| 6- Los ítems son claros y entendibles | X | | Corregir observaciones |
| 7- El número de ítems es adecuado para su aplicación | ✓ | | |

Sugerencias.....


FIRMA DEL EXPERTO

Obst. Cerecia Zugue.

Teniendo en base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se le adjunta.

Marque con un aspa (X) EN SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI (1) | NO (0) | OBSERVACIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------|
| 1- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | ✓ | | |
| 3- La estructura del instrumento es adecuada | ✓ | | |
| 4- Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de las variables | ✓ | | |
| 5- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | ✓ | | |
| 6- Los ítems son claros y entendibles | ✓ | | |
| 7- El número de ítems es adecuado para su aplicación | ✓ | | |

Sugerencias: Agregar prof que atiendan al padre

MINSA - 1988
INSTITUTO NACIONAL MATEO PERINATAL
FIRMA DEL EXPERTO

Estimada:

Teniendo en base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se le adjunta.

Marque con un aspa (X) EN SI o NO, en cada criterio según su opinión.

| CRITERIOS | SI (1) | NO (0) | OBSERVACIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------|
| 1- El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | ✓ | | |
| 2- El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio | ✓ | | |
| 3- La estructura del instrumento es adecuada | ✓ | | |
| 4- Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de las variables | ✓ | | |
| 5- La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | ✓ | | |
| 6- Los ítems son claros y entendibles | ✓ | | |
| 7- El número de ítems es adecuado para su aplicación | ✓ | | |

Sugerencias.....

MINSA - IGSS
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
SECRETARÍA EJECUTIVA
COP 3032
FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO N°3: Nivel de concordancia

Se ha considerado lo siguiente:

Categorías

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0(No)

Con respecto a los resultados se tomaron en cuenta el grado de concordancia:

- Regular menor a 0.70
- Bueno 0.70 – 0.89
- Excelente mayor a 0.90

| N° Criterios | N° de Juez Experto | | | | N° de acuerdos |
|--------------|--------------------|----------|----------|----------|----------------|
| | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | |
| Ítem 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Ítem 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Ítem 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Ítem 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Ítem 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Ítem 6 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Ítem 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 |
| Total | 7 | 7 | 6 | 6 | 26 |

Prueba de concordancia entre jueces

$$G = \frac{Ta \times 100\%}{Ta + Td}$$

Donde

G: grado de concordancia entre jueces

Ta: N° total de acuerdos

Td: N° total de desacuerdos

$$\text{Reemplazando los valores obtenidos: } G = \frac{26 \times 100\%}{28} = 0.92$$

ANEXO N°4: Lista de cotejo

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA A PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CARACTERISTICAS DEL PARTO HUMANIZADO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME - 2019”**

N°:..... Fecha: .../...../...

Sección I: Características sociodemográficas

1. Edad:

- ☐ 20 a 34 años
- ☐ 35 a 40 años
- ☐ 41 a mas

2. Estado civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente
- ☐ Viuda

3. Grado de instrucción:

- ☐ Sin grado de instrucción
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior técnico
- ☐ Universitario

4. Ocupación:

- ☐ Ama de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajadora independiente
- ☐ Trabajadora dependiente

Sección II: Características Obstétricas

1. Edad gestacional:

- ☐ 37 a 39 semanas

() 40 a 41 semanas

2. Numero de gestaciones:

() Primigesta

() Multigesta

3. Cesareada anterior:

() Si

() No

Sección III: Periodo de dilatación

| N° | ITEMS | SI | NO |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1 | Se permite que un familiar acompañante elegido por la gestante tenga libre acceso. | | |
| 2 | Se permite siempre la libertad de movimiento y el cambio de posición cuando sea deseado por la gestante | | |
| 3 | Se permite beber líquidos siempre que la gestante lo desee. | | |
| 4 | Se permite ingerir alimentos de dieta blanda siempre que la gestante lo desee | | |
| 5 | Se mantiene informada en todo momento de manera clara y comprensible de los procedimientos a realizar. | | |
| 6 | Se pide permiso antes de realizar todas las exploraciones vaginales. | | |
| 7 | Se brinda métodos alternativos para el alivio del dolor de las contracciones. | | |
| 8 | Se realiza rotura de la bolsa amniótica de rutina. | | |
| 9 | Se administra oxitocina intravenosa en caso de necesidad. | | |
| 10 | Se realiza la inducción del parto porque es imprescindible. | | |
| 11 | Solo se realiza las exploraciones vaginales mínimas (como máximo 4) e imprescindibles. | | |
| 12 | Se administra analgesia epidural cuando la madre lo solicite. | | |

Sección IV: Periodo expulsivo

| N° | ITEMS | SI | NO |
|----|-----------------------------------------------------------------|----|----|
| 13 | El acompañante elegido por la gestante estuvo presente. | | |
| 14 | Se permite elegir a la gestante la posición para dar a luz. | | |
| 15 | La paciente puja de manera libre y espontánea. | | |
| 16 | Se practicó a la gestante la maniobra de Kristeller. | | |
| 17 | Se informa que se va a realizar la episiotomía. | | |
| 18 | Se realiza la episiotomía de manera rutinaria. | | |
| 19 | Se realiza el contacto piel a piel inmediatamente tras el parto | | |
| 20 | Se realiza clampaje tardío del cordón umbilical. | | |

Sección V: Periodo de alumbramiento

| Nº | ITEMS | SI | NO |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 21 | Estuvo presente el acompañante hasta el final de este periodo. | | |
| 22 | Se mencionó a la gestante que se le coloca oxitocina para el manejo activo. | | |
| 23 | Se explicó a la gestante en que consistía el alumbramiento. | | |
| 24 | Siempre se le informa a la gestante de los procedimientos que se realizan. | | |
| 25 | El recién nacido permanece con la madre hasta el final de este periodo. | | |

Personal que atendió el parto:

- () Interno de medicina
- () Interno de obstetricia
- () Médico residente
- () Medico asistente

**ANEXO N°5: Consentimiento informado
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“CARACTERISTICAS DEL PARTO HUMANIZADO
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME - 2019”**

Ud. ha sido invitado para participar en una investigación titulada “Características del parto humanizado en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - 2019”.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?: Pueden participar mujeres con edades a partir de 20 años que acuden para atención de parto al Hospital San Bartolomé y acepten participar en el estudio durante el 2019.

¿En qué consistirá tu participación?: En el caso de que su persona acepte participar en esta investigación, copiaremos datos de su historia clínica y anotaremos acontecimientos de su trabajo de parto en nuestra lista de cotejo.

¿Existen riesgos?: No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio.

¿Existe algún beneficio?: No habrá ningún beneficio económico ni directo para la participante sin embargo la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para la sociedad, proporcionando valiosa información para los profesionales de la salud.

¿Me puedo retirar del estudio en cualquier momento?: Su participación es completamente voluntaria y puede rehusarse a continuar en cualquier momento. Lo que no producirá ninguna penalidad contra usted.

¿Confidencialidad?: La participación de este estudio es completamente anónima. Así los datos de su historia clínica serán almacenados de manera confidencial. Esto significa que ni su nombre u otra información que pudiera identificarla podrán ser revelados. Sólo el investigador podrá tener acceso a la información. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes no podrá saberse por el carácter anónimo del instrumento.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido informada del objetivo del estudio, he conocido los beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se realizara el estudio y de cómo se tomaran los datos necesarios. Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación:

Nombre del participante

Firma: _____

Fecha: ____/____/____